

Neue Konzepte für alte Menschen

Wie lässt sich die Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen verbessern? Wie kann sie trotzdem bezahlbar bleiben? Kann man die ambulante und stationäre geriatrische Versorgung besser miteinander verzahnen? Mindert Reha die Pflegebedürftigkeit? Mit solchen und ähnlichen Fragen beschäftigt sich das Kompetenz-Centrum Geriatrie in Hamburg.

DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) unterstützt und berät seit 2003 die gesetzliche Krankenversicherung, vor allem Krankenkassen und Medizinische Dienste, mit wissenschaftlichen Expertisen zu Versorgungsstrukturen, Vertragsgestaltung und Begutachtungstätigkeit im Bereich Geriatrie. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG), das organisatorisch dem MDK Nord angegliedert ist, arbeitet bundesweit und gutachterlich unabhängig.

Im gesundheitspolitischen Fokus

Prognosen des Statistischen Bundesamtes zufolge wird 2060 voraussichtlich jeder Dritte mindestens 65 Jahre und älter sein; und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden. Die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren wird auf fast 10 Millionen bis zum Jahr 2050 steigen. Angesichts der demografischen Entwicklung und der fortschreitenden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten steht geriatrische Versorgung zunehmend auf der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Agenda.

Mit ihrem übergreifenden Behandlungskonzept und der Verzahnung präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Medizin leistet die Geriatrie, die Lehre von den Krankheiten und den Beeinträchtigungen des alternden Menschen, einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung Älterer und Hochbetagter. Dabei gilt sie als relativ junge fächerübergreifende Disziplin, die sich bislang weitgehend auf die stationären Versorgungsbereiche (Krankenhaus und Rehabilitationskliniken) konzentriert und sich hier auch gut etabliert hat. Das jedenfalls meint Dr. Norbert Lübke, Leiter des KCG, und ergänzt: »Die eigentliche Herausforderung besteht derzeit weniger darin, die Geriatrie im stationären Bereich wei-

Schwerpunkt ambulante Versorgung ter auszubauen, als vielmehr darin, qualifizierte geriatrische Versorgung auch im ambulanten Bereich zu gewährleisten und dort fortzuführen.«

ter auszubauen, als vielmehr darin, qualifizierte geriatrische Versorgung auch im ambulanten Bereich zu gewährleisten und dort fortzuführen.«

Trends erkennen, Empfehlungen geben

Entwicklungen voraussehen, Trends erkennen, Probleme benennen und Lösungen anbieten – das KCG übernimmt viele Aufgaben. Fünf wissenschaftlich und geriatrisch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – vom Mediziner bis zur Bibliothekarin – arbeiten hier an unterschiedlichen Themenschwerpunkten aus dem Bereich Geriatrie: Prävention, ambulante geriatrische Versorgung, stationäre geriatrische Versorgung, geriatrische Rehabilitation und Langzeitversorgung / Pflege / Palliation. Sie bewerten Leitlinien und Präventionsprogramme, erstellen Evidenzberichte und Grundsatzgutachten.

Sie erheben und analysieren Daten, recherchieren Themen, erarbeiten Entscheidungsvorlagen, Informationsmaterialien und Schulungsunterlagen. Sie flankieren die einheitliche geriatrische Begutachtung der MDK-Gemeinschaft, organisieren (Fortbildungs-)Veranstaltungen, arbeiten in den relevanten Gremien, Experten- und Arbeitsgruppen mit und unterstützen die MDK-Mitarbeiter in schwierigen Einzelfallbegutachtungen. »Alles was wir machen, alle Konzepte, die wir entwickeln, haben immer dasselbe Ziel: Der geriatrische Patient soll seinen Alltag in seiner vertrauten Lebensumgebung weitgehend selbstbestimmt gestalten können«, sagt Norbert Lübke.

Mit Blick auf die meist mehrfachen Erkrankungen alter Menschen und deren immer differenzierteren Behandlungsmöglichkeiten warnt das KCG vor dem Verlust des notwendigen Gleichgewichts zwischen generalisierter und spezialisierter Medizin. »Nicht alles, was Spezialisten medizinisch-technisch leisten können, nutzt dem alten Menschen wirk-

Viele Ansätze - ein Ziel

lich. Wir brauchen einen betreuenden Arzt, der das große Ganze im Blick hat, der um die unterschiedlichen Erkrankungen seines Patienten weiß und differenziert zwischen dem, was behandelt werden muss, um Selbstständigkeit zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, und dem, was nicht zwingend therapiert werden muss«, so Lübke. Oft sei es gar nicht notwendig, jede Erkrankung im Alter zu behandeln. Vieles, was diagnostiziert würde, hätte für den Patienten überhaupt keinen Krankheitswert, würde ihn im Alltag nicht beeinträchtigen. Ein alter Mensch mit Diabetes müsse beispielsweise nicht zwingend so eingestellt werden wie ein junger Mensch, bei dem Langzeitschäden vermieden werden sollten. Bei älteren Patienten sei es vor allem entscheidend, darauf zu achten, dass sie nicht in die Unter- oder Überzuckerung geraten. »Da ist es viel wichtiger, dass die Oma beim Geburtstag ihres Enkels ein Stück Torte essen darf. Das ist ihre Lebensqualität«, weiß Lübke.

Hausärzte stärken

Der erfahrene Geriater fordert wieder eine stärkere Gewichtung dieser originär hausärztlichen generalistischen Kompetenzen in der Versorgung. Seit langem habe sich das Gesundheitssystem immer stärker auf Spezialisten ausgerichtet. Doch je mehr fachärztliche Spezialisten der multimorbide Patient aufsuche, desto mehr Medikamente erhalte er in der Regel und umso höher sei das Risiko, dass es ihm dadurch insgesamt schlechter ginge, als es ihm gehen müsste – auch wenn jedes einzelne Mittel für die einzelne Indikation durchaus seine Berechtigung habe. »Natürlich brauchen auch alte Patienten Spezialisten«, meint Lübke, »doch der Hausarzt muss den Überblick behalten.« Zu viele Hausärzte scheuen diese Gesamtverantwortung: »Sie stellen oft nur noch Überweisungen auf Symptomzuruf aus und prüfen später nicht mehr, wer was verordnet hat und ob alles zusammenpasst. Mehr Kompetenz und Rückgrat, auch einmal einer Empfehlung eines Spezialisten aus guten Gründen nicht zu folgen, täten der geriatrischen Versorgung gut.«

Von einer breiteren geriatrischen Basisqualifikation der Hausärzte, wie das KCG sie fordert, würden auch Bewohner in Pflegeheimen profitieren, bei denen **Möglichst lange zu Hause leben** viele geriatrische Symptome (z. B. Sturzfolgen, Demenz, Depressionen, Wundversorgung, Inkontinenz) zusammenkommen. »Hausärzte mit fundiertem geriatrischen Wissen könnten hier nicht nur die Versorgung verbessern, sondern auch manche Krankenhauseinweisung verhindern. Dafür sollten sie dann auch besser honoriert werden«, findet Lübke und ergänzt: »Wir brauchen ein ausgewogenes System zwischen Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungsanreizen.«

Wird ein älterer Patient stationär behandelt, muss die Behandlung nach Auffassung des KCG immer sektorenüber-

greifend konzipiert sein: »Der geriatrische Patient kommt nicht als unbeschriebenes Blatt in die Klinik. Meist hat er eine Vorgeschichte und eine Nachgeschichte. Und er geht

KCG-Expertentag 2017

»Neue Möglichkeiten der ambulanten geriatrischen Versorgung – Konzepte und innovative Praxisbeispiele« hieß das Thema beim diesjährigen Expertentag des KCG Geriatrie in Hamburg. Dabei ging es schwerpunktmäßig um neue Versorgungsformen und regionale Lösungen, von geriatrischen Schwerpunktpraxen über vertragsärztliche Geriatrie-Netz-

werke bis hin zu sektorenübergreifenden Versorgungsverbänden. Weitere Informationen unter www.kcgeriatrie.de

meist auch nicht gesund nach Hause, sondern hat weiter Versorgungsbedarf.« Deshalb sollte der Arzt im Krankenhaus die Vorgeschichte kennen und ebenso wissen, wie es nach dem stationären Aufenthalt weitergeht: »Ich kann zum Beispiel in der geriatrischen Reha die tollsten Sachen mit dem Patienten trainieren, wenn die Angehörigen das zu Hause nicht fortführen, sondern den Betroffenen aus lauter Angst lieber ins Bett legen, war alles, was man vorher trainiert hat, umsonst. Wenn ich gute Geriatrie machen will, muss ich versuchen, auch solche Faktoren rechtzeitig miteinzubeziehen«, sagt Lübke.

Zukunftsperspektiven

Die Babyboomer nähern sich dem hohen Alter. Es wird mehr multimorbide ältere Menschen geben. Die Zahl an Demenz erkrankter Patienten wird zunehmen. Die Pflegebedürftigkeit wird komplexer werden, die Palliativversorgung eine zentrale Rolle spielen. Damit dem Wunsch alter Menschen, möglichst lange in der Häuslichkeit leben zu können, entsprochen werden kann, sind neue Konzepte gefragt – Prävention und rehabilitatives Potenzial müssen dabei stärker als bislang berücksichtigt werden. Für Lübke und sein Team beim KCG bleibt noch jede Menge zu tun.

Dorothee Buschhaus